

Cefaleas en pediatría. Propuestas de actuación

J.L. Peña Segura, M. Muñoz Albillos*, J. López Pisón

Sección de Neuropediatría; Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

*Servicio de Pediatría. Hospital Obispo Polanco (Teruel)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2004;34: 55-61]

RESUMEN

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en pediatría, debido en parte a la frecuencia de la misma y por otro lado a la preocupación que genera en los familiares. El niño con cefalea acude al pediatra de Primaria, a las urgencias pediátricas y a la consulta de neuropediatría, por ello creemos que es útil y necesaria una estrategia común y lo más coordinada posible para manejar con éxito esta patología. En este trabajo proponemos pautas o estrategias de actuación en la consulta de Primaria, urgencias, así como en la consulta de neuropediatría. El niño con cefalea, por lo general, no debería percibirse como un niño problema.

PALABRAS CLAVE

Cefalea en pediatría, migraña, causas de cefalea, consulta de Primaria, urgencias pediátricas, consulta de neuropediatría.

Headache in pediatrics. Proposals to be carried out

ABSTRACT

Headaches are a frequent query in paediatrician surgeries due to its frequency and the worry it causes parents. The child with headaches is taken to the paediatrician at the health centre, to children's casualties and to neuropaediatrician surgery. Therefore, we think that it is useful and necessary to have a common strategy which must be co-ordinated as well as possible in order to deal with this pathology successfully. In this paper we put forward measures or strategies to be carried out in health care centres, casualties as well as neuropaediatrician surgeries. A child with headaches should not be considered to be a problem child.

KEY WORDS

Headache in childhood, migraine, headache causes, health centre, children's casualties, neuropaediatrician surgery.

INTRODUCCIÓN

Los dolores de cabeza son un motivo de consulta frecuente para pediatras, neuropediatras y en las urgencias pediátricas; por un lado por la elevada frecuencia de las cefaleas, y por otro, porque despiertan en ocasiones temor en la familia y en el niño a padecer una patología grave y que con frecuencia repercute en la calidad de vida del niño⁽¹⁾.

El niño y su familia desean del pediatra que:

- Les explique cuál es la causa del dolor de cabeza.
- Le alivie el dolor de cabeza.

–Les convenza de que el niño no tiene ninguna enfermedad grave.

En ocasiones este tercer objetivo tal vez sea el más difícil de conseguir. La familia del niño va a ser la que primero afronte el problema, de hecho la demanda de consulta va a depender en gran parte de la actitud de la familia, en la que influirá si hay antecedentes familiares de cefalea o experiencias desagradables.

Los pediatras de Atención Primaria van a estar implicados en el manejo del niño con cefalea de un modo fundamental. Por otra parte, el niño con cefalea va acudir con cierta frecuencia a los servicios de urgencias pediá-

Correspondencia: José Luis Peña Segura.

Sección de Neuropediatría. Hospital Miguel Servet.

Paseo Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza. Teléfono: 976765500 Ext 3038. e-mail: jlpennas@salud.aragob.es

Recibido en julio de 2004. Aceptado para su publicación en agosto de 2004.

tricos, aquí los «afectados» principalmente serán los médicos residentes y los pediatras hospitalarios. Y también tendrán que asumir su parte los neuropediatras bien en consulta, en urgencias o con el niño ingresado. Sería deseable que el manejo del niño con cefalea siguiera una misma línea de actuación, con criterios comunes y del modo más coordinado posible.

La International Headache Society (IHS) estableció en 1988 la clasificación y los criterios diagnósticos de las cefaleas y los revisó en 2003^(2,3). Sin embargo esta clasificación no se adapta totalmente al tipo y características de las cefaleas que presentan los niños y adolescentes. Además las etiologías de las cefaleas son también diferentes respecto al adulto. Por ello nos hemos permitido repasar de una forma práctica algunas causas de cefalea que debemos tener en cuenta en nuestra labor diaria. Es evidente que con mucha frecuencia el neuropediatra asume y estudia al niño con cefalea. Pero el dolor de cabeza no siempre es un problema neurológico.

CEFALEAS DE CAUSA NO NEUROLÓGICA (TABLA I):

- La hipertensión arterial (HTA) no es una causa frecuente de cefalea en la edad pediátrica pero su diagnóstico tiene importantes repercusiones en cuanto a su manejo y, por otra parte, su diagnóstico es sencillo tomando la tensión arterial (TA).
- Los trastornos de agudeza visual (hipermetropía, astigmatismo...) y el esfuerzo visual en general pueden generar cefalea.
- Patología bucodental: caries, flemones...
- Patología ORL: hipertrofia amigdalares, mastoiditis, sinusitis. Tenemos la sensación de que en ocasiones se abusa de su diagnóstico. No abogamos por la realización sistemática de radiografía de senos, salvo cuando haya signos clínicos que hagan sospecharla. En ocasiones es difícil interpretar la radiografía de senos en la edad pediátrica y puede ser un error atribuir la clínica a los hallazgos radiológicos.
- Intoxicaciones, alcohol, drogas, tabaco.
- Abuso de analgésicos.
 - * Estos dos últimos apartados son poco frecuentes en la edad pediátrica pero debemos tenerlos en cuenta en adolescentes.
- Los trastornos del sueño en general, bien secundarios a hipercapnia nocturna como la hipertrofia amigdalares o adenoidea o a otras causas. La cefalea puede acompañarse de somnolencia y fatiga.
- Algunas enfermedades sistémicas como: anemia, cardiopatía, arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca renal o hepática, leucemia, diabetes.

Tabla I. Causas de cefalea no neurológica.

Hipertensión arterial (HTA).
Trastornos de agudeza visual.
Patología bucodental.
Patología ORL.
Intoxicaciones, de alcohol, drogas, tabaco.
Abuso de analgésicos.
Trastornos del sueño en general.
Enfermedades sistémicas.
Infección-fiebre.
Otras: ejercicio, tos, aditivos alimentarios.

- Infección-fiebre: neumonía, viriasis, amigdalitis, otitis.
- Otras: ejercicio, tos, aditivos alimentarios (glutamato en comida china).

CEFALEAS DE CAUSA NEUROLÓGICA (TABLA II):

I. Las cefaleas debidas a alteración estructural intracranial cursan bien con hipertensión endocraneal (HTE), bien con signos de focalidad neurológica.

I.1. Con HTE

Una causa muy importante de cefalea por las repercusiones que conlleva es la HTE. La HTE habitualmente dará papiledema, salvo si el proceso es de muy corta evolución. Un signo indirecto frecuente es la paresia del VI par (estrabismo convergente), con la diplopia secundaria, o de otros pares craneales. Otros datos que sugerirán HTE son: cefaleas matutinas, acompañadas de vómitos y mejoría tras ellos, o cefaleas persistentes en menores de 5 años.

Causas de HTE:

- Tumores que producen hidrocefalia obstructiva:** tumores de línea media o de fosa posterior. Los tumores hemisféricos para dar cefalea por ocupación de espacio deberán ser muy voluminosos y habitualmente darán signos o síntomas de focalidad neurológica. Los tumores de médula cervical pueden dar cefalea con o sin hidrocefalia obstructiva; con frecuencia se acompañará de rigidez cervical o torticolis.
- Hidrocefalia** del origen que sea.
- Pseudotumor cerebri o HTE benigna,** cuadro relativamente frecuente, especialmente en niñas adolescentes, caracterizado únicamente por HTE: papiledema, estrabismo, visión doble, cefaleas, vómitos. En general, la causa es desconocida, aunque a veces puede deberse a diversas causas: infecciones ORL, uso o retirada de corticoides,

Tabla II. Causas de cefalea neurológica.

Cefaleas tensionales.
Migrañas con y sin aura.
Tumores intracraneales y cervicales.
Hidrocefalia.
Pseudotumor cerebri.
Malformación vascular intracraneal.
Hemorragias intracraneales.
Cefalea-epilepsia.
Cefalea postconmocional.
Cefalea tras punción lumbar.
Encefalitis, meningoencefalitis agudas o crónicas.
Anomalías charnela cráneo-vertebral.
Portadores de válvula de derivación.

hiper o hipovitaminosis A, empleo de algunos antibióticos, algunas alteraciones endocrinas, etc. Habitualmente cede en semanas o meses, pero el edema de papila puede persistir más. El único riesgo es el de la afectación visual.

1.2. Con Focalidad Neurológica:

- Tumores hemisféricos.
- Malformación vascular intracraneal, raro sin otros síntomas o focalidades neurológicas.
- Hemorragia subaracnoidea, habitualmente de inicio brusco y se acompaña de rigidez de nuca.
- Hemorragia parenquimatosa cerebral, habitualmente de inicio brusco y acompañada de otros signos-síntomas: afectación del sensorio, focalidades neurológicas.
- Hemorragias epidural y subdural, muy raras espontáneas sin antecedentes de TCE.

2. Sin embargo las cefaleas que con más frecuencia se ven en la consulta de neuropediatría son migrañas y cefaleas tensionales, psicógenas, funcionales e inespecíficas.

La International Headache Society (IHS) estableció en 1988 y en su revisión de 2003^(2,3) la clasificación y criterios diagnósticos de las cefaleas, pero no se adaptan totalmente al tipo y características de las cefaleas que presentan los niños.

Orientan al diagnóstico de migraña los antecedentes de dolores abdominales, vómitos cíclicos, vértigo paroxístico benigno; así como la existencia de cefalea unilateral, pulsátil, acompañada de náuseas o vómitos, con foto o fonofobia, la necesidad de reposo y su cese al dormir. Por otra parte, no es habitual en niños la migraña clásica hemicránea pulsátil⁽²⁾.

En el diagnóstico de migraña, los antecedentes familiares adquieren gran relevancia, hasta en el 90% de los casos⁽⁴⁻⁶⁾. La presencia de antecedentes familiares de migraña es mayor en niños que en adultos^(4,7-15); en parte se debe a que es más fácil interrogar este aspecto durante la edad pediátrica, pero también a que en las formas de inicio infantil suele existir un factor genético determinante. Dicho factor genético lo reconocen numerosos autores y, aunque el examen de la mayoría de familias sugiere un patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia variable⁽⁹⁾, los estudios de población apuntan a un modelo de herencia multifactorial y poligénica^(16,17). Nyholt et al⁽¹⁸⁾ sugirieron un factor de susceptibilidad a la migraña presente en el cromosoma X que explicaría el mayor riesgo de la enfermedad en familiares de varones afectos y la mayor prevalencia en mujeres. En la migraña con aura, la relevancia del factor genético es mucho más convincente. Hay trabajos que sugieren la existencia de dos poblaciones migrañosas: una migraña más benigna, la más frecuente, que evoluciona espontáneamente hacia una mejoría progresiva, y otro grupo menor, con una edad de inicio más precoz y sintomatología intensa, que obliga en muchas ocasiones a establecer tratamiento profiláctico⁽¹⁹⁾.

En pediatría es muy difícil aplicar los criterios de la International Headache Society (IHS) para las migrañas, considerándose «migraña sin aura» cuando concurren al menos cinco crisis de cefalea no atribuidas a otro trastorno de 4 a 72 horas de duración con, al menos, dos de las siguientes características: cefalea unilateral, pulsátil, moderada o grave, que se agrava con la actividad física, y se asocia con náuseas, vómitos, fotofobia o fonofobia^(2,3,20,21). Tal vez los criterios de Prensky⁽⁴⁾ sean más sencillos y prácticos a la hora de orientar la migraña como episodios recurrentes caracterizados por tres o más síntomas: cefalea hemicraneal, dolor pulsátil, náuseas, vómitos, dolor abdominal, mejoría después del sueño, historia familiar; aura.

La «migraña acompañada» en la actualidad se denomina «migraña con aura» (basilar; oftalmopléjica o hemipléjica). Se entiende por aura una disfunción cerebral focal cortical o de tronco que aparece antes o en el inicio de la migraña⁽³⁾.

En las cefaleas tensionales o inespecíficas intervienen la ansiedad, el estrés, la fatiga, los disgustos, la personalidad del niño. Otra cosa distinta es la «cefalea simulada»⁽²²⁾. La mayor parte de las cefaleas en la infancia son tensionales, inespecíficas o migrañosas. La diferenciación puede no ser fácil, especialmente en edades pediátricas, donde con frecuencia no se dan los cuadros típicos de jaqueca^(3,23,24). En muchas ocasiones utilizamos el término de *cefaleas recurrentes*, sin distinguir migrañas de cefaleas tensionales. Por otra parte la actitud y el manejo son los mismos, y en ocasiones un niño puede presentar ambos tipos de cefaleas a lo largo de la evolución⁽³⁾.

3. Otras cefaleas de causa neurológica:

- En relación con la epilepsia podemos encontrar con: «cefalea postcrítica», tras una crisis epiléptica, una cefalea matutina puede ser reveladora de crisis nocturnas desapercibidas; «cefalea prodrómica» de crisis epilépticas y «cefalea epiléptica», esta última es excepcional, deberemos plantearnosla ante cefaleas de inicio y fin bruscos, corta duración y estado postcrítico.
- La cefalea postconmocional puede durar incluso años tras el TCE.
- La cefalea tras punción lumbar es relativamente frecuente. Puede durar varios días y acompañarse de rigidez espinal.
- Encefalitis, meningoencefalitis agudas o crónicas.
- Anomalías de la charnela cráneo-vertebral.
- En los niños portadores de válvula de derivación que consultan por cefalea siempre deberemos plantearnos la posibilidad de «disfunción valvular»: hipofunción o colapso ventricular por válvula hiperfuncionante.

PROPUESTA DE ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

El «pediatra de cabecera» es el mejor conocedor del niño y su familia, debería ser por tanto la piedra angular en el manejo del niño con cefalea.

En la consulta de Primaria debería realizarse una anamnesis detallada con:

1. Edad de inicio.

2. Características:

- ¿Desde cuándo? Frecuencia (diaria...). Periodicidad (intermitente, continuo, variable). Duración.
- Intensidad: ¿interfiere en el juego, rendimiento escolar, despierta por la noche...?
- Localización e irradiación: uni o bilateral, variable o fijo, occipital, retroocular...
- Calidad: pulsátil, opresivo.
- Momento de aparición: predominio horario, colegio, vacaciones...
- Inicio: súbito o gradual, aura.
- Síntomas acompañantes: abdominalgia, vómitos, foto/fonofobia, parestesias, vértigo, confusión...
- Factores precipitantes: tos, esfuerzo, ejercicio, ruidos, luz, estrés, menstruación, alimentos...
- Factores aliviadores: sueño, reposo, analgésicos (dosis), vacaciones...

3. Antecedentes familiares: migraña (a veces puede ser engañoso: si el niño ve que sus padres se quejan de cefalea, les imita y él también se queja...), cefalea tensional, HTA, epilepsia, facomatosis.

4. Antecedentes personales: TCE, enfermedades previas (cefaleas previas, epilepsia, dolores abdominales, vómitos cíclicos, tortícolis), personalidad del niño, disgustos, tristeza, ansiedad, uso de fármacos, trastornos del sueño...

En la exploración habrá que insistir en:

- Medición del perímetro cefálico (PC): la presencia de macrocefalia será un dato a tener en cuenta.
- Manchas en la piel acrómicas o café con leche, angiomatosas...
- Exploración neurológica: destacando ataxia, agudeza visual y afectación de pares craneales, sobre todo el VI par.
- Fondo de ojo (FO). Creemos que resultaría de gran utilidad el aprendizaje y entrenamiento del pediatra de Primaria en la exploración del FO. Con la finalidad de diferenciar FO normal de no normal. A veces el papiledema incipiente puede ser difícil de diferenciar de las drusas papilares, ante la duda debería consultarse con el oftalmólogo y seguir control evolutivo.
- Será obligatoria la medida de la TA.

Una vez reunidos todos los datos de anamnesis y exploración debería iniciarse el tratamiento sintomático con los distintos fármacos disponibles en función de la respuesta, teniendo en cuenta qué fármacos van bien a los familiares del niño afecto. Será fundamental el estricto *control clínico* en las sucesivas consultas por parte del pediatra de Primaria.

Para tratar de identificar la frecuencia de las cefaleas, su intensidad y características, su repercusión en la vida diaria, la influencia de algunos factores y los tratamientos empleados, y para implicar a los niños y padres en el control de las cefaleas recurrentes, es útil que éstos las anoten en un diario de la forma más completa posible.

PROPUESTA DE DERIVACIÓN PARA INGRESO

Un niño debería ser remitido para ingreso, puesto que habrá que realizar técnicas de neuroimagen de forma urgente o preferente ante cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Síntomas neurológicos persistentes.
- Exploración neurológica alterada.
- Meningismo.
- Síntomas visuales permanentes.
- Papiledema-HTE.
- Cefalea intensa.
- Afectación del estado general.
- TCE previo que pensamos tiene relación con la cefalea. Con frecuencia muchos niños presentan un TCE previo próximo al motivo de consulta, como hecho frecuente en la infancia y sin relación con la cefalea.

Tabla III. Criterios de neuroimagen en niño con cefalea.

Síntomas neurológicos persistentes.
Alteración en la exploración neurológica.
Síntomas visuales permanentes.
Papiledema.
Cambio de un patrón de cefalea previo.
Inicio de una cefalea frecuente en un paciente que previamente no solía tener.
Cefalea que despierta frecuentemente durante el sueño.
Cefalea diaria por las mañanas.
Vómitos sin causa evidente, sobre todo si no coinciden con la cefalea.
Crisis epilépticas.
Cambio de carácter o disminución del rendimiento escolar.
Manchas hipocrómicas o café con leche.
Pérdida de peso.
Cefaleas precipitadas por el esfuerzo físico, maniobras de Valsalva o cambios posturales.
Edad inferior a 5 años.
Macrocefalia.
Síntomas neurológicos durante un episodio de migraña.
Cefalea unilateral, siempre del mismo lado.
Cefalea de cualquier tipo que no mejora después de una primera visita.
Únicamente para calmar la ansiedad familiar.

—En todo caso siempre queda abierta la puerta a la impresión subjetiva «no me gusta».

—Siempre que se decida la necesidad de realización de neuroimagen urgente o en pocos días. Existen unos criterios de indicación de neuroimagen, aplicables por cualquier pediatra, que implican en nuestra actual estructura sanitaria el ingreso del niño para no demorar su realización (Tabla III).

PROPUESTA DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE NEUROPEDIATRÍA

Creemos que el pediatra puede manejar la mayor parte de las cefaleas en la infancia en Atención Primaria, debe estar preparado para realizar una adecuada anamnesis y exploración y conocer los criterios de indicación de neuroimagen, en cuyo caso debe remitirse al niño para ingreso, para evitar largos tiempos de espera, muy inadecuados si hay indicación clara.

Creemos indicada la derivación de un niño con cefaleas a la consulta de neuropediatría cuando el pediatra

considere que el niño con cefaleas recurrentes puede beneficiarse de un tratamiento de fondo para controlar sus cefaleas, y prefiere que el tratamiento sea controlado por el especialista. Creemos aconsejable la realización de neuroimagen en los casos que se decide instaurar tratamiento de fondo; por eso, en esos casos, aconsejamos remitir a la consulta de Neuropediatría para realizar una TAC sin prisa; además puede ser más difícil para el pediatra de Primaria adquirir experiencia en el tratamiento de fondo de las migrañas.

No obstante son comprensibles una serie de situaciones que pueden condicionar la derivación a la consulta de neuropediatría de un niño con cefaleas recurrentes: la insistencia familiar; falta de respuesta a tratamiento. Todas estas condiciones entrarían dentro del apartado «siempre que el pediatra lo estime oportuno».

ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE NEUROPEDIATRÍA

En la Sección de Neuropediatría del Hospital Miguel Servet, en un período de 14 años se han valorado 7.590 niños, de los cuales 1.215, un 16%, ha presentado el motivo de consulta cefalea en alguna ocasión; datos obtenidos de la base de datos de la Sección^(25,26). Este motivo de consulta seguramente es más frecuente; durante este tiempo no todas las cefaleas valoradas en nuestro hospital han pasado por nuestras manos. En la literatura se habla de hasta un 20% de los motivos de consulta en neuropediatría^(8,27-30). En el año 2003 la cefalea fue el motivo de consulta en el 35% de los niños que visitamos en consultas externas de neuropediatría: 242 de un total de 687 primeras visitas.

Teniendo en cuenta estas cifras que impiden por nuestra parte un estricto control clínico, como sería deseable, de los niños con cefalea, nuestra actitud en consulta de neuropediatría es la que pasamos a detallar. En principio no difiere de la del pediatra en Primaria: anamnesis detallada y exploración física, haciendo hincapié en los aspectos ya señalados.

Desde el punto de vista diagnóstico, la mayor preocupación en el paciente con cefalea es la posibilidad de que ésta se deba a una lesión estructural intracraneal, que pueda precisar tratamiento agresivo. Estas lesiones se identifican mediante la neuroimagen, y otros exámenes complementarios no son útiles en general en el estudio de las cefaleas, por lo que la cuestión es cuándo está indicada la neuroimagen en el niño con cefaleas. Existe una larga lista de motivos que indican la necesidad de realización de neuroimagen, muchos de ellos muy inespecíficos o dependientes de factores subjetivos (Tabla III). Éstos incluyen: la existencia de signos de hipertensión endocraneal, focalidades neurológicas, megacefalia, manchas hipocrómicas o café con leche, vómitos sin causa evidente, edad inferior a 5 años, cambio de carácter o disminución del rendimiento escolar; cefalea que despierta frecuente-

mente por la noche, cefalea diaria por las mañanas, cefalea unilateral siempre del mismo lado, cefaleas intensas especialmente de inicio reciente, cambio en el patrón previo de la cefalea y cefalea de cualquier tipo que no mejora tras la primera visita⁽³⁰⁻³⁷⁾. Es frecuente que la indicación la establezca la preocupación excesiva de los padres^(31, 35-36). No parece correcto que el médico asuma la responsabilidad de tomar una actitud diagnóstica en función de la preocupación que perciba en la familia, y no es admisible, al menos en un sistema de salud pública y desde una perspectiva de unos derechos igualitarios de asistencia, que la actitud asistencial dependa de la disconformidad o presión que manifieste el usuario⁽³⁷⁾. Algunos trabajos calculan que la máxima proporción de encontrar en la neuroimagen un problema tratable está alrededor del 4% de las cefaleas crónicas en niños, y la consideran una cifra baja que no justifica su realización sistemática, siempre que se haga un estrecho seguimiento clínico^(31, 36). En una reciente comunicación sobre el manejo de la cefalea en consulta de neuropediatría de 6 hospitales españoles de segundo nivel, se ha encontrado que la solicitud de TAC varía de unos a otros, de un 28 a un 61% de los casos⁽³⁸⁾. Puesto que el tiempo medio de seguimiento oscila entre 1,3 y 21,9 meses, no sabemos a cuántos se les ha acabado haciendo o se les hará neuroimagen en servicios médicos públicos o privados.

La neuroimagen tiene un gran valor diagnóstico excluyente de patología en pacientes que van a seguir presentando cefaleas en el futuro, situación habitual en las cefaleas recurrentes. El neuropediatra puede ver colapsada su actividad si es el encargado del estrecho control clínico de todos los pacientes con cefalea que valora. La normalidad de la neuroimagen permite espaciar los controles clínicos o prescindir de los controles por el especialista en ausencia de cambios evolutivos. Con frecuencia además tranquiliza a los niños y a sus padres⁽³⁷⁾.

Desde una perspectiva diagnóstica, en términos operativos y economicistas, entendemos más rentable en las cefaleas de la infancia que le llegan a un neuropediatra hospitalario, tras la valoración inicial, la realización de una

TAC y, en la mayoría de los casos, su devolución al pediatra de cabecera para control clínico^(26,37). En nuestra consulta se realiza sistemáticamente neuroimagen, habitualmente TAC craneal. El pediatra debe saber que cuando nos derive un niño a la consulta por cefalea se le pedirá una TAC craneal vía normal. Preferimos la TAC a la RM porque su tiempo de realización es mucho menor; con la TAC descartamos la patología susceptible de dar cefalea y es más probable que con la RM se encuentren alteraciones inespecíficas y no relacionadas con la cefalea, que obligan a dar explicaciones a los padres y a veces a repetir controles, con el resultado de un aumento de la preocupación.

Con neuroimagen normal habitualmente damos de alta con un informe para el pediatra del niño, para que siga controlándolo. La realización sistemática de neuroimagen entendemos que no sustituye a un control clínico estricto que debería realizar el pediatra. Dejamos abierta, por supuesto, la posibilidad de que su pediatra lo vuelva a remitir cuando lo estime oportuno: intensificación de la clínica, mala respuesta a analgésicos, necesidad de tratamiento de fondo...

Seguimos en consulta aquellos niños a los que hemos instaurado tratamiento de fondo; esta decisión se toma de forma consensuada con la familia y con el niño, valorando la intensidad de las mismas y especialmente su frecuencia y su repercusión sobre la actividad diaria del niño. Generalmente reevaluamos en 2 meses los beneficios del tratamiento y el mantenimiento del mismo, e intentamos su retirada periódicamente, preferentemente en el período estival. También se realiza el seguimiento de aquellas cefaleas con ciertas peculiaridades: aura, ciertos hallazgos neuroimagen...

Todos los implicados en el manejo del niño con cefalea (pediatra de Primaria, médico de urgencias, neuropediatra) deberíamos encontrarnos lo más cómodos y relajados posibles ante el niño con esta problemática, en todas las circunstancias que se pueden plantear. Teniendo la tranquilidad de que «el niño con cefalea» por lo general «no es un niño problema» y así deberíamos percibirlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Artigas J, Grau R, Canosa P y cols. Prevalence and characteristics of infantile headache in a selected area. *Cephalalgia* 1997; 17: 293-296.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl 7): 8-96.
3. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification Of Headache Disorders. 2nd edition *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 8-150.
4. Prensky AL, Sommer D. Diagnosis and treatment of migraine in children. *Neurology* 1979; 29: 506-510.
5. Russell MB, Hilden J, Sorensen SA, Olesen J. Familial occurrence of migraine without aura and migraine with aura. *Neurology* 1993; 43: 1369-1373.
6. Barlow ChF. Migraines in the infant and toddler. *J Child Neurol* 1994; 9: 92-94.
7. Valhquist B, Hackzell G. Migraine of early onset. *Acta Paediatr* 1949; 38: 622-636.

8. Sillanpää M. Changes in the prevalence of migraine and other headache during the first seven school years. *Headache* 1983; 23: 15-19.
9. Peroutka SJ, Howell TA. The genetic analysis of migraine: Clinical Database Requirements. In Rose F., ed. *Toward Migraine 2000*. New York; Elsevier; 1996. p. 35.
10. Congdon PJ, Forsythe WI. Migraine in childhood: a study of 300 children. *Dev Med Child Neurol* 1979; 21: 209-216.
11. Barlow CF. Headaches and migraine in childhood. In *Clinics in Developmental Medicine*. Vol. 91. Philadelphia: Spastics International Medical Publications. J.B. Lippincott Co; 1984. pp. 11-13.
12. Holguín J, Fenichel G. Migraine. *J Pediatr* 1967; 70: 290-297.
13. Shinnar S, D'Souza B. The diagnosis and management of headaches in childhood. *Ped Clin North Am* 1981; 29: 79-84.
14. Laurence KM. Genetics of migraine. In Blau J.N., ed. *Migraine*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1987. pp. 479-484.
15. Stewart WF, Staffa J, Lipton RB, Outman R. Familial risk of migraine: a population based study. *Ann Neurol* 1997; 41: 166-172.
16. Russell MB, Iselius L, Olesen J. Inheritance of migraine investigated by complex segregation analysis. *Hum Genet* 1995; 96: 726-730.
17. Ulrich V, Gervil M, Kyvik KO, Olesen J, Russell MB. Evidence of a genetic factor in migraine with aura: a population-based Danish twin study. *Ann Neurol* 1999; 45: 242-246.
18. Nyholt DR, Dawkins JL, Brimage PJ, Goadsby PJ, Nicholson GA, Griffiths LR. Evidence for an X-linked genetic component in familial typical migraine. *Hum Mol Genet* 1998; 7: 459-463.
19. Hernández-Latorre MA, Macaya-Ruiz A, Roig-Quilis M. Características clínicas de la migraña en la edad pediátrica. *Rev Neurol* 2001; 33: 708-715.
20. Winner P, Martínez W, Mate L, Bello L. Classification of pediatric migraine: Proposed revision to the HIS criteria. *Headache* 1995; 35: 407-410.
21. Blau JN. Migraine with aura and without aura are not different entities. *Cephalalgia* 1995; 15: 186-190.
22. Gimeno-Pita P, Moros-Peña M, Martínez-Moral M, Galván-Manso M, Cabrerizo-De Diago R, López-Pisón J. Trastornos somatomorfos y facticios. Nuestra experiencia en una sección de neuropediatría de referencia regional. *Rev Neurol* 2002; 34: 109-114.
23. Gladstein J, Holden EW, Peralta L, Raven M. Diagnoses and symptom patterns in children presenting to a pediatric headache clinic. *Headache* 1993; 33: 497-500.
24. Sheftell FD. Chronic daily headache. *Neurology* 1992; 42 (Suppl 2): 32-36.
25. López-Pisón J, Baldellou A, Rebage V, Arana T, Gómez-Barrena V, Peña-Segura JL. Estudio de la demanda asistencial de Neuropediatría en un hospital de referencia regional. I. Presentación del trabajo y resultados generales. *Rev Neurol* 1997; 25: 1535-1538.
26. López-Pisón J, Rebage V, Arana T, Baldellou A, Arcauz P, Peña-Segura JL. Estudio de la demanda asistencial de Neuropediatría en un hospital de referencia regional. II. Motivos de consulta. *Rev Neurol* 1997; 25: 1685-1688.
27. Campistol J. Cefaleas en pediatría. En Prandi F. ed. *Pediatría práctica*. Barcelona: Prous Science. 2000; 103-116.
28. Herranz JL. Cefaleas en la infancia. *Bol S Vasco-Nav Pediatr* 1997; 30: 22-29.
29. Shinnar S. An approach to the child with headaches. *International Pediatrics* 1991; 6: 140-148.
30. Wöber-Bingöl C, Wöber C, Karwautz A et al. Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 patients. *Cephalalgia* 1995; 15: 13-21.
31. Maytal J, Bienkowski RS, Mahendra P, Eviatar L. The value of brain imaging in children with headaches. *Pediatrics* 1995; 96: 413-416.
32. Haslam RHA. Headaches. In: Nelson. *Textbook of Pediatrics*. 15th ed. Behrman R.E., Kliegman R.M., Arvin A.M., eds. W.B. Saunders Company, 1996: 1702-1705.
33. Barlow F. Headaches and Brain Tumors. *Am J Dis Child* 1982; 136: 99-100.
34. Honig PJ, Charney EB. Children With Brain Tumor Headaches. Distinguishing Features. *Am J Dis Child* 1982; 136: 121-124.
35. Edgeworth J, Bullock P, Bailey A, Gallagher A, Crouchman M. Why are brain tumours still being missed? *Arch Dis Child* 1996; 74: 148-151.
36. Romero Sánchez J, Picazo Angelín B, Tapia Ceballos L, Romero González J, Díaz Cabrera R, Romero Sánchez Y. Efectividad de los estudios de neuroimagen en los niños con cefalea. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 487-490.
37. López Pisón J, Arana Navarro T, Loureiro González B, Muñoz Albillos M, Peña-Segura JL, Abenia Usón P. La consulta neurológica del adolescente: Experiencia en la sección de neuropediatría de un hospital de referencia regional. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 112-118.
38. Tomás Vila M, Benac Prefasi M, Aleu Agramunt M et al. XXX Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Sabadell, 3-5 de junio de 2004. *Rev Neurol* 2004; 39: 284.